



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

СПРАВКА ПО ВОПРОСУ ПОМОЩИ НА СОДЕРЖАНИЕ ДЕТЕЙ
CHILD SUPPORT REFERRAL

Отдел по вопросам помощи детям (Division of Child Support) будет пользоваться вашей личной информацией и номером социального обеспечения (SSN) с целью принудительного взыскания помощи на содержание детей согласно Разделу IV-D Закона о социальном обеспечении (Social Security Act).

A. СВЕДЕНИЯ О РОДИТЕЛЯХ РЕБЕНКА

МАТЬ ДЕТЕЙ

Имя (имя/второе имя/фамилия):					ОТЕЦ ДЕТЕЙ							
Другие используемые имена:					Имя (имя/второе имя/фамилия):							
Почтовый ящик или адрес:					Другие используемые имена:							
Город:		Штат:	Индекс:			Город:		Штат:	Индекс:			
Домашний телефон:		Телефон для сообщений:			()		Домашний телефон:		Телефон для сообщений:		()	
Адрес электронной почты:					Адрес электронной почты:							
Номер социального обеспечения:		Дата рождения (месяц/день/год):			Номер социального обеспечения:		Дата рождения (месяц/день/год):					
Место рождения (город/округ/штат/страна):					Место рождения (город/округ/штат/страна):							
Раса:	Рост:	Вес:	Цвет волос:	Цвет глаз:	Раса:	Рост:	Вес:	Цвет волос:	Цвет глаз:			
Родной язык (если необходимо осуществлять переписку не на английском языке):					Родной язык (если необходимо осуществлять переписку не на английском языке):							
Если является членом племени американских индейцев, название племени:					Если является членом племени американских индейцев, название племени:							
Живет в резервации индейцев? <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Да					Живет в резервации индейцев? <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Да							
Имя последнего известного работодателя:					Имя последнего известного работодателя:							
Почтовый ящик или адрес работодателя:					Почтовый ящик или адрес работодателя:							
Город работодателя:		Штат:	Индекс:			Город работодателя:		Штат:	Индекс:			
Телефон работодателя:					Телефон работодателя:							
()					()							
Имя отца матери:		Девичье имя матери матери:			Имя отца отца:		Девичье имя матери отца:					

B. ПРОЖИВАНИЕ ДЕТЕЙ

Дети, указанные на странице 2, проживают с: Матерью Отцом Другое (указать): _____

Проживал ли когда-нибудь вместе с детьми или предоставлял помощь на содержание детей в штате Вашингтон родитель, не являющийся опекуном? Нет Да
Если да, то когда?

C. ЗАПОЛНИТЕ ЭТОТ РАЗДЕЛ, ЕСЛИ ДЕТИ НЕ ЖИВУТ СО СВОЕЙ МАТЕРЬЮ ИЛИ ОТЦОМ

Ваше имя:		Ваш почтовый ящик или адрес:		
Ваш номер социального обеспечения:		Ваш город:		Ваш штат:
Ваш телефон:		Ваш индекс: Вы приходитесь ребенку:		
()				

D. СВЕДЕНИЯ О ДЕТЕХ, ДЛЯ КОТОРЫХ ВЫ ХОТИТЕ ПОЛУЧИТЬ ПОМОЩЬУкажите только детей, чьи родители указаны на стр. 1, которые живут у вас дома.

Используйте лист продолжения, если нужно.

Имя ребенка (имя/второе имя/фамилия): Пол: Номер социального обеспечения Подписал ли отец подтверждение отцовства? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да			
Дата рождения (месяц/день/год):	Место рождения (город/округ/штат/страна):		
Мать забеременела этим ребенком в штате Вашингтон? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Если нет, то где (округ/штат):		
Есть ли судебный приказ о выплате помощи на содержание этого ребенка? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите дату приказа (месяц/день/год):	Если да, укажите место выдачи приказа (округ/штат/племя):	
Имя ребенка (имя/второе имя/фамилия): Пол: Номер социального обеспечения Подписал ли отец подтверждение отцовства? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да			
Дата рождения (месяц/день/год):	Место рождения (город/округ/штат/страна):		
Мать забеременела этим ребенком в штате Вашингтон? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Если нет, то где (округ/штат):		
Есть ли судебный приказ о выплате помощи на содержание этого ребенка? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите дату приказа (месяц/день/год):	Если да, укажите место выдачи приказа (округ/штат/племя):	
E. СВЕДЕНИЯ О БРАКЕ МЕЖДУ РОДИТЕЛЯМИ УКАЗАННЫХ ВЫШЕ ДЕТЕЙ			
Дата заключения брака (месяц/день/год):	Место заключения брака (округ/штат):		
Дата развода (месяц/день/год):	Место развода (округ/штат):		
Дата начала раздельного проживания (месяц/день/год):	Место начала раздельного проживания (округ/штат):		
F. СВЕДЕНИЯ О ВЫПЛАТАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ И ПОМОЩИ НА СОДЕРЖАНИЕ ДЕТЕЙ			
Получали ли вы или указанные выше дети когда-либо государственную помощь от штата или племени американских индейцев? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да			
Если да, где (округа/штаты/племена):		Если да, когда (месяцы/годы):	
Если существует судебный приказ (ы) о выплате помощи на содержание детей, указанных выше, какую общую сумму заплатил вам для детей родитель, не являющийся опекуном (не включайте сумму задолженности по выплате помощи перед штатом или племенем индейцев)? \$ _____ Даты получения выплат: (начало) _____ (окончание) _____. приложите копии всех приказов о выплатах на содержание.			
G. ДЕКЛАРАЦИЯ			
Я согласен немедленно в письменной форме сообщить Отделу по вопросам помощи детям о любой новой информации или об изменениях в информации, относящейся к взысканию выплат с родителя, обязанного осуществлять выплаты на содержание.			
Я удостоверяю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Вашингтон, что изложенная выше информация является истинной и точной.			
Подписано в _____, Вашингтон.			
Подпись:		Дата:	
Ни одно лицо не будет подвергнуто дискриминации на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, убеждений, вероисповедания, пола, возраста или наличия инвалидности в плане труда/устройства, предоставления услуг или любого другого аспекта реализации данной программы. Эта форма может быть представлена в альтернативном формате по запросу			